

Revista

INVESTIGAÇÃO EM ENFERMAGEM

8

nº 8 - 2ª série - agosto 2014



Revista INVESTIGAÇÃO EM ENFERMAGEM

Nº8 SÉRIE II - AGOSTO 2014

SUMÁRIO / SUMMARY

EDITORIAL

ARMÊNIO GUARDADO CRUZ

7

DEPRESSÃO NA PESSOA COM TUMOR CEREBRAL

DEPRESSION IN PERSON WITH BRAIN TUMOR

DEPRESIÓN EN PERSONA CON TUMOR CEREBRAL

ANA FERREIRA; CARLA PACHECO; JOANA PINTO; OSVALDO TAVARES; JOSÉ CARLOS SANTOS

9

UM MODELO DE EFETIVIDADE DE CUIDADOS EM ENFERMAGEM

ONE MODEL FOR THE NURSING ROLE EFFECTIVENESS

UN MODELO DE EFECTIVIDAD PARA EL CUIDADO EN ENFERMERÍA

ANTÓNIO FERNANDO SALGUEIRO AMRAL

20

CRITÉRIOS DE DECISÃO SOBRE O DESTINO DO DOENTE DEPENDENTE NO AUTOCUIDADO APÓS A ALTA HOSPITALAR

DECISION CRITERIA ON THE DESTINATION OF THE PATIENT DEPENDENT ON SELF-CARE AFTER DISCHARGE

CRITERIOS DE DECISIÓN SOBRE EL DESTINO DEL PACIENTE DEPENDENTE EN AUTOCUIDADO DESPUÉS DEL ALTA HOSPITALARIO

FERNANDO ALBERTO SOARES PETRONILHO; FILIPE MIGUEL SOARES PEREIRA; ABEL AVELINO DE PAIVA E SILVA

35

IMPACTO DAS DOENÇAS DO HUMOR NA QUALIDADE DE VIDA

IMPACT OF MOOD DISORDERS ON QUALITY OF LIFE

IMPACTO DE LOS TRASTORNOS DEL HUMOR EN LA CALIDAD DE VIDA

ERMELINDA DE FÁTIMA DIAS DA CUNHA DE MACEDO; PAULO NUNO SOUSA NOSSA; CARLOS FERNANDES DA SILVA

44

A REPRESENTAÇÃO DA DOENÇA E O COPING NA PESSOA COM TUMOR DO APARELHO LOCOMOTOR

REPRESENTATION OF THE DISEASE AND COPING IN PERSON WITH TUMOR OF THE LOCOMOTOR SYSTEM

REPRESENTACIÓN DE LA ENFERMEDAD Y EL AFRONTAMIENTO EN PERSONA CON TUMOR DEL APARATO LOCOMOTOR

Tese apresentada ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, sob orientação de Prof. Doutor Paulo Joaquim Pina Queirós

RUI MANUEL JARRÓ MARGATO

54

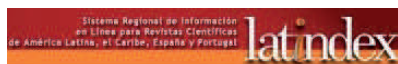
CUIDADOS DE ENFERMAGEM E INDICADORES DE IMPACTO ECONÓMICO ASSOCIADOS AO CATETERISMO VENOSO PERIFÉRICO

NURSING CARE AND INDICATORS OF ECONOMIC IMPACT ASSOCIATED WITH PERIPHERAL INTRAVENOUS CATHETERIZATION

CUIDADOS DE ENFERMERÍA Y INDICADORES DE IMPACTO ECONÓMICO ASOCIADOS AL CATETERISMO VENOSO PERIFÉRICO

JOÃO MANUEL N. GARCIA GRAVETO; JOÃO CARLOS AMARAL RIBEIRO; LAURA RAQUEL SANTOS BARROS; DANIELA VIDAL C. PEREIRA DOS SANTOS

72



IMPACTO DAS DOENÇAS DO HUMOR NA QUALIDADE DE VIDA*

Ermelinda de Fátima Dias da Cunha de Macedo⁽¹⁾; Paulo Nuno Sousa Nossa⁽²⁾; Carlos Fernandes da Silva⁽³⁾



Resumo

Introdução: As Doenças do Humor (DH) provocam um forte prejuízo nas pessoas, embora ainda não seja muito claro o seu impacto na qualidade de vida (QDV) conforme a especificidade da doença.

Objetivos: Os objetivos deste estudo são: 1) identificar relações significativas entre a QDV e variáveis sociodemográficas em pessoas com doenças do humor; 2) identificar relações significativas entre a QDV e a Depressão Major (DM) Distímia (D) Doença Bipolar (DB) e Perturbações Depressivas Sem Outra Especificação (PDSOE).

Material e Métodos: Participantes - 39 sujeitos com DM, D, DB e PDSOE. Instrumentos - WHOQOL-Bref; Índice de Graffar e Questionário de Dados Sociodemográficos e Clínicos. Análises estatísticas: Utilizado o IBM SPSS Statistics, versão 19.0. Considerado estatisticamente significativo um valor de $p < .05$.

Resultados: Realçada a relação entre a idade, sexo, estado civil, escolaridade, classe social e a QDV. Os dados apontam ainda para um impacto diferencial na QDV conforme a DH. Os sujeitos com PDSOE apresentam índices superiores de QDV, existindo algumas relações significativas quando comparadas com a DM, D e DB.

Conclusões: Este estudo aponta para a existência de algumas relações entre a QDV e variáveis sociodemográficas e para a presença de diferenças na QDV conforme a DH.

Palavras-chave: Qualidade de vida; Transtornos do humor

Abstract

IMPACT OF MOOD DISORDERS ON QUALITY OF LIFE

Introduction: Mood Disorders (MD) cause a great distress to people and their lives, although it is not very clear how it can affect Quality Of Life (QOL) according to the specific disease.

Objectives: The objectives of this study are: 1) to identify significant relationships between the Quality Of Life (QOL) and sociodemographic variables in people with Mood Disorders; 2) to identify significant relationships between QOL and Major Depression (MD) Dysthymia (D) Bipolar Disorder (BD) and Depressive Disorders Not Otherwise Specified (DDNOE).

Method: Participants - 39 subjects with DM, D, DB and PDSOE. Instruments - WHOQOL-Bref; The Graffar Index and the Questionnaire of Sociodemographic and Clinical Data. Statistical analysis: used IBM SPSS, version 19.0. A 0.05 level of significance was considered.

Results: It's highlighted the relationship between age, sex, marital status, education, social class and QOL. The data also point to a differential impact on QOL as the DH. Subjects with DDNOE have higher rates of QOL, there are some relationships that are significant when compared with the MD, D and BD.

Conclusions: This study points to the existence of some relationships between QOL and sociodemographic variables and the presence of differences in QOL as the mood disorders.

Keywords: Quality of life; Mood disorders

Resumen

IMPACTO DE LOS TRASTORNOS DEL HUMOR EN LA CALIDAD DE VIDA

Introducción: Los trastornos del humor provocan un fuerte perjuicio en la gente, aunque no sea muy claro cuál su impacto de acuerdo a la enfermedad específica.

Objetivos: Los objetivos de este estudio son: 1) identificar las relaciones significativas entre la calidad de vida (CDV) y variables sociodemográficas en las personas con trastornos del humor; 2) identificar las relaciones significativas entre la calidad de vida y la depresión mayor (DM), Distímia (D) Trastorno Bipolar (TB) y los Trastornos Depresivos No Especificados (TDNE).

Método: Participantes - 39 sujetos con DM, D, TB y TDNE. Instrumentos - WHOQOL-BREF; Índice de Graffar y un cuestionario de datos demográficos y clínicos. Análisis estadístico: Se utilizó el IBM SPSS Statistics, versión 19.0, versión 19.0. Se consideró estadísticamente significativo un valor $p < .05$.

Rececionado em junho 2014. Aceite em julho de 2014

⁽¹⁾ Professora Adjunta da Escola Superior de Enfermagem da Universidade do Minho; Doutora em Psicologia. Largo do Paço, 4704-553 Braga, Portugal. e-mail: emacedo@ese.uminho.pt

⁽²⁾ Professor Auxiliar da Faculdade de Letras da Universidade de Coimbra, Doutor em Geografia Humana. Largo da Porta Férrea, 3004-530 Coimbra, Portugal.

⁽³⁾ Professor Catedrático do Departamento de Educação da Universidade de Aveiro; Doutor em Psicologia Clínica. Campus de Santiago, 3810 – 193 Aveiro, Portugal.

Resultados: Se puso de relieve la relación entre la edad, sexo, clase social y la calidad de vida. Los datos también apuntan para un impacto diferencial en la calidad de vida como el trastorno del humor. Los sujetos con TDNE fueron aquellos con índices más altos de calidad de vida en comparación con la DM, D y TB.

Conclusiones: Este estudio indica la existencia de alguna relación entre la calidad de vida y variables sociodemográficas y la presencia de diferencias en la CDV según la enfermedad que tienen los sujetos.

Palabras clave: calidad de vida; trastornos del humor

INTRODUÇÃO

O estudo da Qualidade De Vida (QDV) das pessoas com doença mental tem uma história recente e o interesse em estudá-la tem crescido nos últimos anos. Alguns fatores têm sido apontados para este crescente interesse, nomeadamente o encerramento de hospitais psiquiátricos tradicionais e as políticas de desinstitucionalização que fomentam a (re)integração destas pessoas na comunidade¹.

Tendo em conta as suas nefastas repercussões na vida das pessoas, as doenças do humor, nomeadamente a depressão *major*², doença bipolar³ e também a sintomatologia depressiva^{4,5} têm sido alvo de preocupação, crescendo nos últimos anos a investigação que avalia a qualidade de vida nestas situações clínicas.

A depressão é considerada um dos problemas mais graves de saúde pública nos países industrializados⁶, sendo que as pessoas com mais sintomas depressivos recorrem mais aos serviços de saúde, permanecem mais tempo internados e apresentam mais absentismo laboral que as menos deprimidas⁷. De uma forma geral os estudos confirmam a natureza incapacitante da depressão e revelam limitações na QDV independentemente da idade dos sujeitos^{8,9} e o funcionamento social e a qualidade de vida estão associados de forma negativa com sintomas depressivos, verificando-se pior funcionamento social e pior QDV em pessoas com sintomatologia depressiva do que em pessoas sem essa sintomatologia⁷.

Embora tenham surgido estudos que tentam perceber de entre as doenças mentais, e entre elas as doenças do humor, qual ou quais têm mais impacto na QDV^{10,11,12,13,14}, os resultados são inconclusivos quanto a esta relação.

As medidas de QDV estão cada vez mais a ser usadas como complementares às medidas clínicas e biológicas objetivas para avaliar a qualidade dos

serviços, a necessidade de cuidados de saúde, a eficácia das intervenções e o custo benefício, sendo necessárias para captarem a perspetiva do doente acerca da sua doença, das suas necessidades de cuidados de saúde e a sua preferência relativamente ao tratamento e seus resultados¹⁵.

Com a presença dos aspetos ligados à subjetividade, multidimensionalidade e a evidência de dimensões negativas e positivas, o Grupo da Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL Group) definiu Qualidade de Vida como a perceção do indivíduo da sua posição na vida no contexto cultural e sistema de valores nos quais ele vive em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações^{16,17,18,19}. A subjetividade implícita no conceito refere-se à possibilidade da sua definição depender da perceção de cada indivíduo e a multidimensionalidade refere-se a diferentes dimensões da vida que pode englobar.

Tendo em atenção as configurações teóricas de QDV da Organização Mundial da Saúde (OMS), os objetivos do presente estudo são: 1) Identificar relações significativas entre os domínios da QDV e variáveis sociodemográficas e de acompanhamento em pessoas com doenças do humor; 2) identificar relações significativas entre a QDV e a Depressão *Major* (DM) Distímia (D) Doença Bipolar (DB) e Perturbações Depressivas Sem Outra Especificação (PDSOE).

MÉTODO

Participantes

Participaram no estudo 39 sujeitos a frequentar a consulta externa de psiquiatria de um Hospital da região norte de Portugal. Estes sujeitos foram recrutados pelo médico psiquiatra de acordo com os seguintes critérios de inclusão previstos pelos

investigadores: terem idades superiores a 18 anos; terem como diagnóstico médico uma doença do humor; ambos os sexos e pertencerem à zona de abrangência do Hospital para a psiquiatria.

Os sujeitos estudados apresentavam diagnósticos médicos pertencentes ao grupo das doenças do humor tendo sido utilizada a *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders IV - Text Review* (DSM IV – TR). Com a colaboração de peritos na área da saúde mental e psiquiatria foi efetuada a respetiva codificação tendo resultado quatro diagnósticos. Assim, 48.7% dos sujeitos apresentavam o diagnóstico de Depressão *Major* (DM); 28.2% Distímia (D); 12.8% Perturbação Depressiva Sem Outra Especificação (PDSOE) e 10.3% Perturbação Bipolar (PB).

As características sociodemográficas dos sujeitos são descritas na Tabela 1.

Tabela 1. Características sociodemográficas dos sujeitos

	N=39	%
Idade (M: 52,18; DP: 11,33)		
<54	20	51.3
>54	19	48.7
Sexo		61.5
Feminino	24	38.5
Masculino	15	
Estado Civil		
Solteiro(a)	5	12.8
Casado(a)	25	64.1
União de facto	1	2.6
Divorciado(a)	2	5.1
Viúvo(a)	6	15.4
Escolaridade		
<6anos	32	82.1
>6anos	7	17.9
Classe social		
Classe I (Alta)	1	2.6
Classe II (Média – Alta)	2	5.1
Classe III (Média)	17	43.6
Classe IV (Média – Baixa)	19	48.7
Área de residência		
Predominantemente rural	21	53.8
Predominantemente urbana	18	46.2

A média de idades dos sujeitos foi de 52.18 (DP = 11.33). Mais de metade dos sujeitos era do sexo feminino (61.5%) e relativamente ao estado civil a

maioria encontrava-se casada (64.1%). A maioria dos sujeitos apresentava escolaridade do nível do 1º ciclo (51.3%). 82.1% possuíam uma escolaridade inferior a 6 anos. A classe social predominante foi a Classe IV (Média/Baixa) (48.7%). Mais de metade dos sujeitos vivia numa zona predominantemente rural (53.8%).

Instrumentos

A QDV foi avaliada através da versão breve da World Health Organization Quality of Life (WHOQOL-Bref) para português de Portugal, resultante da versão longa (WHOQOL-100)^{20,21}. O WHOQOL-Bref é constituído por 26 perguntas: duas mais gerais, que se referem à perceção geral de qualidade de vida e à perceção geral da saúde (Faceta QDV Geral) e 24 relativas a cada uma das 24 facetas específicas e está organizado em quatro domínios: Domínio Físico (DF), Domínio Psicológico (DP), Domínio Relações Sociais (DRS) e Domínio Ambiente (DA). A sua estrutura reflete a natureza multidimensional do conceito de QDV adotado pela Organização Mundial da Saúde^{17,18,19}.

A classe social foi medida pelo Índice de Giffar²². Cada dimensão pode ser cotada entre 1 e 5 pontos, sendo que a pontuação máxima pode atingir 25 pontos e a mínima, 5 pontos. Resulta, daí, um valor médio que classifica a classe social em cinco níveis: I-Alta, II-Média/Alta, III-Média, IV-Média/Baixa e V-Baixa.

Os dados sociodemográficos, clínicos e também dados sobre as condições de acompanhamento (clínicas e sociais) foram obtidos por um questionário que foi designado por Questionário de Dados Sociodemográficos e Clínicos.

Procedimentos

O processo de recrutamento dos sujeitos foi envolvido de algumas dificuldades que se prenderam com o facto de não ser, em todos os aspetos, controlado pelos investigadores, nomeadamente o acesso aos sujeitos. Aspetos relativos à posse e qualidade da informação e à autonomia neste recrutamento tornaram o processo muito moroso o que condicionou o número de participantes no estudo. Após o encerramento da amostra, os dados foram recolhidos no domicílio dos sujeitos após

contacto telefónico prévio dos investigadores.

Todos os sujeitos assinaram consentimento informado no qual eram explicados os objetivos do estudo, o papel dos investigadores e o cumprimento da confidencialidade. De seguida foi-lhes pedido que preenchessem os questionários, mantendo-se os investigadores disponíveis para o esclarecimento de dúvidas eventuais (Assistido pelos Investigadores). Em alguns casos, quando as competências de leitura eram limitadas, o questionário foi administrado pelos investigadores, seguindo as recomendações contempladas nos procedimentos de administração do WHOQOL-Bref.

Análises estatísticas

O tratamento e análise dos dados foram efetuados recorrendo ao *Statistical Package for Social Sciences IBM SPSS Statistics*, versão 19.0.

Foi efetuada a análise descritiva dos dados, tendo sido calculadas frequências absolutas, frequências relativas (%), médias (M), desvio padrão (DP), medianas (Mdn) e Intervalo interquartilico (IQQ) para as variáveis quantitativas, para os dados sociodemográficas e clínicas. Para análise do WHOQOL-Bref, foram seguidas as orientações de sintaxe (equações para calcular a pontuação dos domínios) fornecidas pelo Grupo da Universidade de Coimbra para a Qualidade de Vida representado pela Faculdade de Medicina e Faculdade de Psicologia e Ciências de Educação.

Para se analisarem os dados constantes no Índice de Graffar foram efetuados os cálculos seguindo as indicações constantes no próprio instrumento. Na análise inferencial foram utilizados testes paramétricos (Test T - t), sempre que se verificou a normalidade das variáveis e não paramétricos (Mann-Whitney - U e Kruskal-Wallis - K).

Para as variáveis de medida ordinal ou superior foram utilizadas medidas de correlação. O ρ de Spearman utilizou-se, quando as variáveis eram medidas em escala ordinal e nas variáveis intervalo-rácio como alternativa ao r de Pearson, quando neste último se violava o pressuposto da normalidade.

A confirmação da não normalidade das variáveis obteve-se através do teste não paramétrico Kolmogorov-Smirnov (K-S), com a correlação de Lilliefors^{23,24}.

Em todas as análises estatísticas foi considerado estatisticamente significativo um valor de p inferior a .05 ($p < .05$).

RESULTADOS

Qualidade de vida e dados sociodemográficos e de acompanhamento social e clínico

Os sujeitos com idades < 54 anos apresentaram melhores índices de QDV no DF ($t(37) = 3.43$, $p < .001$) e no DP ($t(37) = 2.60$, $p < .001$) do que os que tinham idades > 54 anos.

Dos 39 sujeitos, 24 eram do sexo feminino. As mulheres evidenciaram pior QDV no DF quando comparadas com os homens ($t(37) = -2.22$, $p = .018$).

Os sujeitos que não tinham companheiro (solteiros/divorciados/separados/viúvos) apresentaram valores na Faceta da QDV Geral superiores aos casados/união de facto ($U = 102.0$, $p = .02$) e os que possuem < 6 anos de escolaridade revelaram piores valores na Faceta da QDV Geral ($U = 58.0$, $p = .021$), DP ($U = 38.0$, $p = .002$) e no DF ($t(37) = -4.14$, $p < .001$), quando comparados com os tinham > 6 anos.

As correlações entre a classe social e a QDV evidenciaram diferenças positivas e significativamente associadas ao DP ($\rho = 0.36$, $p = .026$) e DRS ($\rho = 0.41$, $p = 0.01$), significando que, em média, quanto mais alta é a classe social, medida pelo Índice de Graffar, melhor é a QDV no DP e no DRS.

Quando se analisaram as condições de acompanhamento sociais e clínicas, no que diz respeito às condições de deslocação às consultas médicas de especialidade, verificou-se que os sujeitos que utilizavam apenas um transporte (1 conexão) apresentaram scores mais altos de QDV no DF ($U = 109.5$, $p = .041$), no DA ($U = 104.0$, $p = .027$) e no DP ($t(26) = 2.74$, $p = .011$) do que os que necessitavam de 2 conexões.

Qualidade de vida e doença

Neste ponto apresentemos as análises descritivas dos Domínios do WHOQOL-Bref correspondente a cada doença do humor. Serão apresentadas e analisadas apenas as relações significativas entre

as variáveis DF, DP, DRS, DA e Faceta QDVG e as variáveis DM, D, PDSOE e DB.

Na Tabela 2 assinalamos a **bold** para cada doença o *score* mais baixo referente a cada domínio e a sublinhado o *score* mais alto.

A Distímia aparece com os valores mais baixos em três (DF, DP e DA) dos quatro domínios de WHOQOL-Bref. As PDSOE são as que apresentam em todos os domínios e na Faceta QDV Geral os valores mais altos (Tabela 2).

Ao fazerem-se as análises descritivas dos Domínios e Faceta QDV Geral no grupo das quatro doenças verifica-se que o domínio do WHOQOL-Bref que apresenta o *score* mais baixo é o DP (45.30) e o mais alto o DA (54.41).

Os sujeitos com Depressão Major apresentam *scores* mais baixos para a Faceta QDV Geral do que os indivíduos com PDSOE e as diferenças são estatisticamente significativas ($U = 20.0, p = .024$)

(Tabela 3).

Os sujeitos com Distímia apresentam *scores* inferiores referentes ao DF ($t(14) = -3.63; p = .003$) e ao DP ($U = 7.5, p = .01$) relativamente aos sujeitos com PDSOE (Tabela 4).

Os sujeitos com PDSOE apresentam valores superiores no DF ($U = 0.5, p = .016$) e DP ($U = 2.5, p = .04$) quando comparados com os sujeitos com Doença Bipolar (Tabela 5).

DISCUSSÃO

Este estudo aproxima-se de outros estudos anteriores já realizados em que é realçada a relação entre algumas variáveis sociodemográficas e a qualidade de vida em pessoas com doença mental. No entanto, relativamente à idade os dados deste estudo, que apontam para que os mais novos revelem

Tabela 2. Análises descritivas dos Domínios e Faceta QDV Geral do WHOQOL-Bref distribuídas por cada uma das doenças do humor

Domínios	Doença do Humor (Classificação DSM IV-TR)	n	Média	DP	Mediana	IQQ
Domínio Físico (DF)	Depressão Major	19	50.38	21.36	46.43	32.14
	Distímia	11	42.53	12.32	39.3	14.29
	PDSOE	5	68.57	15.44	71.43	28.57
	Perturbação Bipolar	4	42.89	5.05	41.07	8.93
Domínio Psicológico (DP)	Depressão Major	19	46.93	17.78	41.67	33.33
	Distímia	11	38.64	14.68	37.50	12.50
	PDSOE	5	57.50	12.64	58.33	22.92
	Perturbação Bipolar	4	40.63	8.59	39.58	15.63
Domínio Relações Sociais (DRS)	Depressão Major	19	57.02	14.77	58.33	25.00
	Distímia	11	46.97	21.17	50.0	41.67
	PDSOE	5	66.67	16.67	58.33	29.17
	Perturbação Bipolar	4	43.75	17.18	41.67	31.25
Domínio Ambiente (DA)	Depressão Major	19	55.26	8.66	53.13	12.50
	Distímia	11	48.86	15.45	53.13	28.13
	PDSOE	5	64.38	19.09	59.38	28.13
	Perturbação Bipolar	4	53.13	2.55	53.13	4.69
Faceta QDV Geral	Depressão Major	19	43.42	14.05	37.5	12.50
	Distímia	11	53.41	20.23	50.0	25.00
	PDSOE	5	62.50	19.76	62.50	37.50
	Perturbação Bipolar	4	40.63	11.97	43.75	21.88

Tabela 3. *Análise Teste T e Mann-Whitney - Comparação dos Domínios e Faceta QDV Geral do WHOQOL-Bref em função da Depressão Major e PDSOE*

Domínios	Depressão Major (n=19)	PDSOE (n=5)			
	Média±DP	Média±DP	t	U	p
DF	50.38±21.36	68.57±15.44	-1.77		.09
DP	46.93±17.78	57.50±12.64	-1.24		.228
DRS	57.02±14.77	66.67±16.67	-1.27		.218
DA	55.26±8.66	64.38±19.09	-1.61		.123
	Mediana/IQQ	Mediana/IQQ			
Faceta QDVG	37.42/12.5	62.50/37.50		20.0	.024*

*p < .05

Tabela 4. *Análise Teste T e Mann-Whitney – Comparação dos Domínios e Faceta QDV Geral do WHOQOL-Bref em função da Distímia e PDSOE.*

Domínios	Distímia (n = 11)	PDSOE (n = 5)			
	Média±DP	Média±DP	t	U	p
DF	42.53±12.32	68.57±15.44	-3.63		.003**
DRS	46.97±21.17	66.67±16.67	-1,83		.089
DA	48.86±15,45	64.38±19.09	-1,74		.105
	Mediana/IQQ	Mediana/IQQ			
DP	37.50/12.50	58.33/22.92		7.5	.01*
Faceta QDVG	50.0/25.00	62.50/37.50		19.5	.195

*p < .05

Tabela 5. *Análise Mann-Whitney – Comparação dos Domínios e Faceta QDV Geral do WHOQOL-Bref em função das PDSOE e Doença Bipolar.*

Domínios	PDSOE Bipolar (n = 5)	Doença (n = 4)			
	Mediana/IQQ	Mediana/IQQ	U	p	
DF	71.43/28.57	41.07/8.93		0.5	.016*
DP	58.33/22.92	39.58/15.63		2.5	.04*
DRS	58.33/29.17	41.67/31.25		3.0	.063
DA	59.38/28.13	53.13/4.69		4.5	.111
Faceta QDVG	62.50/37.50	43.75/21.88		3.5	.079

*p < .05

melhor qualidade de vida no DF e DP, não entram em conformidade com alguma evidência científica anterior. Alguns dados apontam para que pessoas mais velhas com doença mental severa (esquizofrenia, doença bipolar e depressão major) sejam subjetivamente mais confortáveis no seu meio social e mais satisfeitos com as condições de vida gerais²⁵. Também existe evidência que a percepção da qualidade de vida melhora à medida que aumenta a idade²⁶. De realçar que estes dois últimos estudos analisaram a qualidade de vida de pessoas com doenças mentais para além das doenças do humor, facto que poderá limitar a leitura e comparação dos resultados. Contudo, os mais novos apresentam melhor funcionamento físico, desempenho físico, funcionamento social, saúde geral e saúde mental⁹. Estes dados devem também ser analisados com alguma precaução dado que esta análise foi realizada em três grupos em que dois são grupos com depressão moderada e depressão leve e outro sem depressão em que todos os sujeitos tinham mais de 65 anos.

Relativamente ao sexo, as mulheres apresentam pior QDV no DF que os homens, resultado corroborado com resultados obtidos anteriormente que indicam que as mulheres obtiveram piores índices de QDV no desempenho físico comparadas com os homens⁹. Da mesma forma mulheres entre os 36 e os 45 anos também expressam significativamente níveis mais baixos de satisfação do que os homens na mesma idade²⁵.

No que respeita ao estado civil, os nossos resultados indicam que os que não tinham companheiro apresentaram valores da Faceta QDV Geral superiores do que os que tinham companheiro. De facto, relativamente a este dado, os resultados de estudos anteriores não são coincidentes, sendo que os casados e os solteiros apresentam melhor qualidade de vida que os viúvos⁹. Esta discordância pode dever-se ao facto de, por um lado, as dimensões de análise serem diferentes, dado que o que nos interessou saber foi a influência da presença de um companheiro na qualidade de vida e, por outro, estarmos perante uma amostra com características diferentes.

Num estudo alemão que envolvia pessoas com doença mental em regime ambulatorio, os resultados mostram que um nível mais elevado de escolaridade

se associa a *scores* mais altos de QDV. Obtiveram-se diferenças significativas no DF e DA, o que corrobora parcialmente os resultados obtidos no nosso estudo²⁶. Também neste trabalho foram analisadas diferentes doenças mentais para além das doenças do humor, aspeto que se transforma numa limitação quando queremos comparar resultados.

Contudo, outros resultados não são análogos aos deste estudo, ao encontrarem uma associação inversa entre os elevados níveis de escolaridade e a Faceta QDV Geral, isto é os sujeitos com mais anos de escolaridade tinham uma percepção mais baixa da sua saúde²⁷. O referido estudo para além de não concretizar as doenças mentais crónicas também difere do nosso estudo, na medida em que estamos perante pessoas inseridas em estruturas comunitárias o que nos pode dar outro tipo de resultados quando comparadas com pessoas integradas nos seus ambientes e a viverem nas suas próprias casas.

Verificou-se neste estudo que a classe social se correlaciona de forma positiva com o DP e DA. Não encontramos dados de outros estudos que tivessem analisado esta variável, no entanto, apenas ter um trabalho apresentou-se como uma facto que aumenta os *scores* no domínio físico, no domínio ambiente nas facetas recursos financeiros, cuidados de saúde e sociais, e oportunidades para adquirir novas informações²⁶.

No que diz respeito às condições de deslocação às consultas médicas de especialidade, verificou-se que os sujeitos que utilizavam apenas um transporte (1 conexão) apresentaram *scores* mais altos de QDV no DF do que os que necessitavam de 2 conexões. De facto, os fatores sociais e económicos, onde podemos incluir os recursos disponíveis para o acesso aos cuidados de saúde, são apontados pela OMS²⁸ como uma dimensão importante na adesão ao regime terapêutico, razão pela qual deve ser uma variável a estudar. Também este resultado pode sugerir que as pessoas com mais limitações físicas são as que precisam de mais recursos de transportes para aceder aos cuidados de saúde.

De entre os domínios do WHOQOL-Bref, os mais afetados foram o DP e o DF. De facto, também os DP e DF são encontrados como mais afetados

em sujeitos com sintomatologia depressiva^{2,4}. Relativamente ao DP, este deve ser analisado tendo em conta que a depressão é acompanhada de profundas modificações da pessoa nas suas relações com o mundo especialmente na forma negativa como analisa o futuro²⁹. As pessoas com doenças depressivas apresentam frequentemente queixas físicas múltiplas⁶, o que pode justificar a afetação do DF.

Quando tentamos perceber qual a doença que mais afetava a QDV verificámos que quando se compararam os sujeitos com DM e PDSOE os que têm o primeiro diagnóstico revelam a sua QDV mais afetada na Faceta QDV Geral. Da mesma forma, quando se compararam pessoas com diagnóstico de DM, utentes de centros de saúde e sujeitos da população geral, revelou que os sujeitos com DM são aqueles que apresentam piores índices de QDV em todos os domínios e faceta do WHOQOL-Bref. De referir que cerca de metade dos sujeitos que formava o grupo de pessoas com depressão maior era seguido em regime de internamento e os outros em regime ambulatorio (consulta externa) e que quando estes dois grupos são comparados, estes últimos apresentam maiores índices de QDV em todos os domínios e faceta do WHOQOL-Bref².

No nosso estudo os sujeitos com distímia apresentaram piores índices de QDV no DF e DP do que os com o diagnóstico de PDSOE. De facto, a distímia tem sido apontada como uma importante causa de morbilidade, associada a uma acentuada diminuição da qualidade de vida, contribuindo para a elevada prevalência das doenças mentais e um dos problemas de saúde que aumenta os custos financeiros³⁰.

Os sujeitos com doença bipolar também revelam piores índices de QDV no DF e DP do que os sujeitos com diagnóstico de PDSOE. A doença bipolar tem sido apresentada em alguns estudos como sendo uma das doenças do humor com baixos scores de QDV. The Netherlands Health Survey and Incidence Study (NEMESIS) ao analisar sujeitos com doença bipolar, sujeitos com outras doenças do humor, sujeitos com uso de substâncias, sujeitos com diagnóstico de ansiedade e outros como não tendo doença mental, concluiu que no domínio da saúde mental os sujeitos com doença bipolar apresentavam scores mais baixos quando aplicado o SF-36¹². Os autores concluem

que a QDV está marcadamente comprometida nas pessoas com doença bipolar, mesmo quando são considerados clinicamente eutímicos.

CONCLUSÕES

Embora, de uma forma geral, os resultados deste estudo corroborem os anteriores, na medida em que revelam que os domínios da QDV são afetados pelas doenças do humor, as comparações tornam-se difíceis devido a diferenças na avaliação da QDV, nomeadamente nas características das amostras em estudo, contexto de recolha de dados e instrumentos de avaliação utilizados.

Este estudo aponta para a existência de algumas relações entre a qualidade de vida e variáveis sociodemográficas e para a presença de diferenças na qualidade de vida conforme a doença do humor que os sujeitos apresentam. Sublinha, ainda, a importância de se usarem medidas corretas de diagnóstico no sentido de se perceber de entre as doenças mentais, concretamente as doenças do humor, quais as que afetam mais a qualidade de vida das pessoas.

O seu valor acrescentado revela-se na sua contribuição para o corpo de conhecimento sobre as relações entre variáveis sociodemográficas e clínicas e a QDV e na avaliação global, culturalmente sensível e subjetiva da QDV num contexto geográfico onde não tinha sido ainda realizado um estudo com estas características. Acrescenta, ainda, o facto de ser comparada a qualidade de vida em pessoas que apresentam como diagnóstico médico, apenas doenças do humor.

Através da análise dos nossos resultados e pela análise da evidência científica anterior, podemos concluir que a relação entre a qualidade de vida e as doenças mentais é complexa e nem sempre consensual. De facto, a qualidade de vida e a doença mental podem ser alvo de estudos com desenhos diferentes o que pode fazer divergir os resultados.

A investigação neste campo deve ser incrementada de forma sustentada, atendendo a que a qualidade de vida é, cada vez mais, encarada como uma medida de avaliação para medir o impacto da doença, os resultados e as intervenções.

Agradecimentos:

Os autores expressam o seu agradecimento ao Hospital que lhes permitiu ter acesso aos participantes e a todos os profissionais que nos ajudaram a ter acesso à amostra, particularmente à Enfermeira Maria das Dores, ao Médico Psiquiatra Dr. Patrício Ferreira e à Médica Psiquiatra Dr.^a Natália Fernandes. Agradecem de forma especial às pessoas selecionadas por aceitaram participar no estudo e pela amabilidade de os terem recebido nas suas casas. Ao Grupo da Universidade de Coimbra para a Qualidade de Vida representado pela Faculdade de Medicina e Faculdade de Psicologia e Ciências de Educação um muito obrigada pelas orientações fornecidas relativamente ao WHOQOL-Bref.

REFERÊNCIAS

1. Souza L, Coutinho, E. Factores associados à qualidade de vida de pacientes com esquizofrenia. *Revista Brasileira Psiquiatria*. 2006; 28 (1), 50-8.
2. Gameiro S, Carona C, Silva S, Canavarro M. Qualidade de vida e depressão: um estudo comparativo com doentes com diagnóstico clínico de depressão major, utentes de centros de saúde e indivíduos da população geral. In: Canavarro M, Vaz Serra A, editores. *Qualidade de vida e saúde: Uma abordagem na perspectiva da Organização Mundial de Saúde* (Lisboa): Fundação Calouste Gulbenkian; 2010. p. 299-323.
3. Figueira M, Leitão J, Gameiro S. Qualidade de vida em doentes bipolares. In: Canavarro M, Vaz Serra A, editores. *Qualidade de vida e saúde: Uma abordagem na perspectiva da Organização Mundial de Saúde* (Lisboa): Fundação Calouste Gulbenkian; 2010. p. 283-98.
4. Gameiro S, Carona C, Pereira M, Canavarro M, Simões M, Rijo D, Quartilho M, Paredes T, Vaz Serra A. Sintomatologia depressiva e qualidade de vida na população geral. *Psicologia, Saúde & Doenças*. 2008; 9 (1): 103-12.
5. Mcntyre T, Barroso R, Lourenço M. Impacto da depressão na qualidade de vida dos doentes. *Saúde Mental*. 2002; IV (5): 13-24.
6. Gusmão R, Xavier M, Heitor M, Bento A, Caldas de Almeida, JM. O peso das perturbações depressivas. Aspectos epidemiológicos globais e necessidades de informação em Portugal. *Acta Médica Portuguesa*. 2004; 18: 129-46.
7. Fleck M, Lima A, Louzada S, Schestasky G, Henriques A, Borges V, Camey S, Grupo LIDO. Associação entre sintomas depressivos e funcionamento social em cuidados de saúde primários de saúde. *Rev Saúde Pública*. 2002; 36 (4): 431-38.
8. Xavier F, Ferraz M, Bertollucci P, Poyares D, Moriguchi E. Episódio depressivo maior, prevalência e impacto sobre qualidade de vida, sono e cognição em octogenários. *Rev Bras Psiquiatr* 2001; 23 (2): 62-70.
9. Rodrigues C, Leal I. Limitações da qualidade de vida e depressão em pessoas idosas. In: Ribeiro J, Leal I, editores. *Actas do 5º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde «A psicologia da saúde num mundo em mudança»*; 28-30 de Junho 2004 (Lisboa); Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada; 2004. p. 771-76.
10. Atkinson M, Zibin S, Chuang H. Characterizing quality of life among patients with chronic mental illness: a critical examination of the Self-Report Methodology. *Am J Psychiatry*. 1997; 154 (1): 99-105.
11. The ESEMeD/MHEDEA 2000 investigators. Disability and quality of life impact of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD9 project). *Acta Psychiatr Scand*. 2004; 109 Suppl 420: S38-46.
12. Michalak E, Yatham L, Lam R. Quality of life in bipolar disorder: a review of the literature. *The Journal of Lifelong Learning in Psychiatry*. 2007; 5 (1): 117-34.
13. Saarni S. Health-Related quality of life and mental disorders in Finland. Helsinki: Publications of the National Public Health Institute, 2008.
14. Hellerstein D, Agosti V, Bosi M, Black S. Impairment in psychosocial functioning associated with dysthymic disorder in the NESARC study. *J Affect Disord*. 2010; 127 (1): 84-8.
15. Carr A, Higginson I. Are quality of life measures patient centred? *BMJ*. 2001; 322: 1357-60.
16. Rapley M. *Quality of life: A critical introduction*. London: Sage Publications; 2003.
17. World Health Organization. *Programme on Mental Health: WHOQOL - Measuring Quality of Life*. Geneva: World Health Organization; 1997.
18. WHOQOL Group. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL). Position paper from the World Health Organization. *Soc Sci Med*. 1995; 41 (10): 1403-09.
19. WHOQOL Group. The World Health Organization quality of live assessment (WHOQOL): Development and general psychometric properties. *Soc Sci Med*. 1998; 46 (12): 1569-85.
20. Canavarro M, Vaz Serra A, Pereira M, Simões M, Quintais L, Quartilho M. Desenvolvimento do instrumento de avaliação da qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100) para português de Portugal. *Psiquiatria Clínica*. 2006; 27 (1): 15-23.
21. Vaz Serra A, Canavarro M, Simões M, Pereira M, Gameiro S, Quartilho M. Estudos psicométricos do instrumento de avaliação da qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-Bref) para português de Portugal. *Psiquiatria Clínica*. 2006; 27 (1): 31-40.
22. Amaro, F. Escala de Graffar. In: Costa AB. et al., editores. *Currículos Funcionais*. IIE, II.: Lisboa, 1990.
23. Pestana M, Gageiro J. *Análise de Dados para as Ciências Sociais – A Complementaridade do SPSS*. 5.ed. Lisboa: Edições Sílabo, Lda; 2005.

24. Maroco, J. *Análise Estatística com Utilização do SPSS*. 3.ed. Lisboa: Edições Síbaló; 2007.
25. Mercier C, Péladeau N, Tempier R. Age, gender and quality of life. *Community Ment Health J*. 1998; 34 (5): 487-500.
26. Masthoff E, Trompenaars F, Van Heck G, Hodiament P, De Vries J. Demographic characteristics as predictors of quality of life in a population of psychiatric outpatients. *Social Indicators Research*. 2006; 76 (2): 165-84.
27. Pais-Ribeiro J, Guterres M. A qualidade de vida das pessoas com perturbações mentais crónicas apoiadas por serviços comunitários. In: Leal I, Cabral I, Pais-Ribeiro J, editores. *Actas do 4º congresso nacional de psicologia da saúde «a saúde numa perspectiva de ciclo de vida»; 2 a 3 de Outubro 2002* (Lisboa); Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada; 2002. p. 283-89.
28. World Health Organization. *Adherence to long term therapies: evidence for action*, Geneva: World Health Organization; 2003.
29. Leval N. Quality of life and depression: Symmetry concepts. *Qual Life Res*. 1999; 8: 283-91.
30. Spanemberg L, Juruena M. (2004). Distímia: características históricas e nosológicas e sua relação com transtorno depressivo maior. *Revista Psiquiatria*. Rio Gd. Sul [online]. 2004; 26 (3): 300-11.